

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS
(MENTION MÉDECINE)

893

PAR

Feiwel SPIRA

Né le 25 Avril 1909 à Kolbuszowa (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de l'Agitation Basedowienne
à propos de quelques
observations cliniques

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Feiwel SPIRA

Né le 25 Avril 1909 à Kolbuszowa (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de l'Agitation Basedowienne
à propos de quelques
observations cliniques

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1941

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	FIESSINGER.
»	ABRAMI.
»	LOEPER.
»	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	LAIGNE-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGÉROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N....
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIÉ.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
BESANÇON (Justin) .	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOL	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LÉVY.....	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie. .	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
DELARUE	Anat. pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgic.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgic.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgic.	SÈNEQUE	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	SICARD	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS	Anat. pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.		
PIEDELIEVRE	Médecine légale.	HUGUENIN	Anat. pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique Médicale.	BASSET	Clinique Chirurgicale.
BRULE		BROCC	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER		DE GAUDART D'ALLAINES	
DONZELOT		LEVEUF	
LAROCHE (Guy)		MOULONGUET	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	Clinique Obstétricale.
SEZARY		ECALLE	
DUVOIR		METZGER	
GASTINEL		PORTES	
		VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

*Dont la vie toute de labeur fut entièrement
consacrée à leurs enfants.
Un bien faible témoignage de mon amour
filial.*

A MA FEMME

*Qui fut mon compagnon fidèle tout le
long de mes études.
En signe de reconnaissance.*

A MES AMIS, A MES CAMARADES

A NOTRE MAITRE, PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et qui nous a fait le grand honneur
d'accepter sa présidence.
Hommage respectueux.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS

INTRODUCTION

La question des perturbations nerveuses et psychiques, dans les syndromes d'hyperthyroïdie peut pratiquement être considérée à l'heure actuelle comme une donnée classique.

Qu'il s'agisse en effet des hyperthyroïdies frustes ou de la maladie de Basedow, les descriptions ont été innombrables et Cossa et Sassi ont même distingué des formes psychiques pures et prévalentes de l'hyperthyroïdie.

Toute une série de recherches poursuivies sous la direction de Sainton à l'Hôpital Henri-Rousselle avait déjà démontré que chez de nombreux petits mentaux, l'étude du métabolisme basal donnait une proportion de 88 % d'hyperthyroïdie. Les recherches de Cossa ont donné dans une série de grands mentaux jusqu'à 46 % d'hyperthéroïdie. Les Cahane ont trouvé un hyperfonctionnement thyroïdien dans 40 % des cas de psychoses affectives.

La question de la psychose thyroïdienne proprement dite, étudiée surtout par notre Maître, le Professeur Laignel-Lavastine, est donc en voie de s'éclaircir. Ainsi que le dit Paul Sainton, l'accord n'est cependant pas encore fait sur l'existence de ce qu'il appelle thyroéo-psychoses.

Nous nous efforcerons, dans l'étude présente, de procéder à une revision des connaissances acquises concernant l'état psychique des hyperthyroïdiens. Nous rechercherons quelles peuvent être les psychoses dans cette forme typique qu'est la maladie de Basedow et à la lumière des observations cliniques nous tenterons de dégager les conclusions de ce travail.

A. — DONNÉES DE LA QUESTION

L'intérêt que portent les auteurs à la question des perturbations nerveuses et mentales, et plus particulièrement dans la maladie de Basedow nous pose le devoir de faire une récapitulation des données de la question, d'après les connaissances acquises jusqu'à ce jour.

En se basant sur les faits observés, il y a lieu de distinguer :

1° Les troubles nerveux et mentaux au cours de l'évolution de la maladie de Basedow typique ;

2° Les troubles nerveux et mentaux survenant chez les malades porteurs de goitres non basedowiens ;

3° Les névroses et psychoses réalisant de faux syndromes de Basedow, en dehors du goitre, notamment les névroses et psychoses tachycardiques.

1° Troubles nerveux et mentaux au cours de l'évolution de la maladie de Basedow typique.

Les caractères cliniques de ces maladies sont très précis et leur traitement, surtout par la thyroïdectomie, permet de bien mettre en évidence leur

nature. Les manifestations consistent tout d'abord dans les modifications psychologiques.

Les malades ont tous un air de famille qui permet de les reconnaître. Ces malades présentent surtout une *hyperactivité instable et fatigable*, qui consiste en un besoin incessant de travailler vite, sans arrêt, sans pouvoir se reposer. Ce besoin de travailler s'exprime quelquefois même, par le fait de se lever la nuit pour ranger les affaires. Mais cette hyperactivité est inquiète et *instable*, elle se manifeste de plusieurs côtés à la fois et n'aboutit souvent à rien : *activité dans le vide, stérile*.

En même temps, on observe l'irritabilité et l'hyperémotivité souvent avec exaltation de l'affectivité de ces basedowiens. Le malade reste cependant parfaitement conscient de ses troubles.

Il existe donc chez le basedowien un éréthisme psychologique propre, qui s'encadre d'ailleurs dans les signes somatiques de la maladie. Souvent cette hyperactivité psychologique apparaît en même temps que le volume du cou augmente et que surviennent les palpitations et l'amaigrissement.

On peut encore noter simultanément un éréthisme dans les fonctions neuro-végétatives : hyper sudation, soif, diarrhée, éréthisme cardio-vasculaire.

Tous ces phénomènes donnent au syndrome de Basedow typique un caractère concordant et harmonique.

Quelquefois on peut observer — au moment des poussées aiguës de la thyro-toxicose — de vérita-

bles poussées confusionnelles, avec désorientation dans le temps et dans l'espace, onirisme et troubles de perception, fausses reconnaissances.

D'autres fois — toujours au cours des poussées thyro-toxiques — on peut observer des poussées confusionnelles avec ralentissement mental et torpeur, engourdissement de la parole, parésie musculaire et incontinence des sphincters, aboutissant parfois à un véritable état comateux.

La caractéristique de ces diverses variétés de confusions mentales est de survenir au cours des crises thyro-toxiques : Ces crises peuvent se terminer par la mort, ou au contraire, les symptômes rétrocedent simultanément avec l'état confusionnel.

La thyroïdectomie subtotale permet d'observer une poussée transitoire d'hyperthyroïdie post-opératoire. De même après guérison de la maladie de Basedow l'état confusionnel disparaît définitivement. Cette disparition des accidents confusionnels démontre leur origine thyroïdienne et constitue un succès remarquable de la thérapeutique chirurgicale.

2° Les troubles nerveux et mentaux, survenant chez des malades porteurs de goitres non basedowiens.

La majorité des malades viennent d'emblée consulter le psychiatre.

Les signes cliniques présentent ici un polymor-

phisme extrême. On peut en effet observer, tantôt des obsessions avec manifestations anxieuses, tantôt des crises de larmes, de petites crises cataleptiques, des troubles cinesthésiques de toutes sortes, des idées noires, du mentisme, des troubles de la sensibilité générale et des sensations de tremblement intérieur.

Parfois, il s'agit de troubles mentaux importants, avec hallucinations, de phénomènes délirants.

Ces diverses perturbations nerveuses évoquent à un examen superficiel l'idée d'un trouble thyroïdien, soit en raison de l'existence d'un véritable goitre, soit en raison d'une légère augmentation du corps thyroïde, ou des sensations constrictives au niveau du cou, signalés par ces malades.

Mais à un interrogatoire plus serré on s'aperçoit que le goitre ou l'hypertrophie thyroïdienne sont antérieurs aux manifestations psychiques et que celles-ci n'ont provoqué aucune modification notable et nouvelle du corps thyroïde.

Parfois, les signes psychiques précèdent même l'augmentation du corps thyroïde. Il s'agit là probablement d'un goitre secondaire à une atteinte nerveuse centrale ou à des troubles hypophysaires.

En tout cas, l'exérèse du goitre n'est suivie d'aucune amélioration psychique.

D'autre part, on n'observe pas chez ces malades de signes de Basedow : le rythme cardiaque n'est

pas accéléré, pas d'exophtalmie, les troubles vasomoteurs ont un caractère différent.

De même les troubles du métabolisme basal et l'amaigrissement lorsqu'ils existent n'ont pas l'importance qu'ils prennent dans la maladie de Basedow. Enfin les troubles de la faim et de la soif, lorsqu'ils existent, ont un caractère plus obsédant que chez le vrai Basedow.

L'épreuve thérapeutique chez les malades montre que la thyroïdectomie n'a aucune action sur les phénomènes psychiques.

Nous voyons donc que le problème est différent de celui qui existe chez les vrais basedowiens.

3° *Les névroses et psychoses réalisant de faux syndromes de Basedow, en dehors de tout goitre, notamment les névroses et psychoses tachycardiques.*

Dans un certain nombre de troubles psychiques on peut observer quelques symptômes, qui, quoique sans présenter le syndrome de Basedow avec tout son cortège, font souvent porter le diagnostic de psychose ou de névrose d'origine thyroïdienne.

Ainsi a-t-on décrit le type de *névroses ou psychoses tachycardiques*. Ces malades, dont les troubles cinesthésiques et affectifs accompagnés d'une perturbation du contact avec la réalité, voisines de la schizophrénie, présentent en outre une grande fatigabilité, de vives palpitations et une tachycardie

à 120-130. Quelquefois les yeux sont un peu saillants et fixes.

Ce tableau fait évidemment suspecter le Basedow. Mais à une analyse plus approfondie, nous constatons que cette tachycardie n'est qu'un ensemble de réactions spasmodiques et émotives portant sur divers organes et non pas une perturbation d'origine thyroïdienne.

Un autre type clinique est présenté par les tachycardies qui accompagnent certains accidents pithiatiques, qui se caractérisent en dehors de l'élément pithiatique (contractures, hémiplegies, crises nerveuses) par une tachycardie permanente. A l'électrocardiogramme, on note une tachycardie sinusale. Il est intéressant de noter que la guérison de l'accident pithiatique sous l'influence de la scopochloralose par exemple, est suivie du retour du pouls à la normale. Enfin, de nombreux états névro- ou psychopathiques tels que : obsession, folies circulaires, schizophrénie, délires hallucinatoires, peuvent s'accompagner de tachycardies et de signes d'excitation sympathique. Ces malades présentent quelquefois même un aspect légèrement saillant des yeux. Mais en réalité ces malades ne sont que des « basedowiens frustes ».

B. — L'ÉTAT PSYCHIQUE DES HYPERTHYROIDIENS

L'accélération des combustions chez l'hyperthyroïdien a pour conséquence l'apparition d'un ensemble de phénomènes psychiques bien connu.

L'hyperactivité domine ici, avec hyperfonctionnement psychique et état d'instabilité. Cette hyperactivité basedowienne est déréglée.

Le malade est loquace, veut avoir compris la phrase avant qu'elle soit terminée ; l'association des idées se fait d'une façon désordonnée, avec manque de suite dans les propos. Ceci tient à la rapidité de la fixation des idées et dans l'instabilité de ces malades. Elle explique leurs troubles du caractère, leur versalité, leurs réactions excessives, les caprices, la gaieté morbide alternant avec une tristesse injustifiée. L'insomnie est très fréquente et très considérable.

Il arrive souvent que ces symptômes psychiques attirent l'attention sans que les signes physiques du basedowisme soient appréciables.

C. — LES PSYCHOSES DANS LA MALADIE DE BASEDOW

Dès 1904, un mouvement se fit en faveur du rôle des glandes endocrines dans les maladies mentales, sous l'influence de Regis. L'opinion régnante fut exposée par M. Sainton dans une revue générale, dans l'Encéphale (1906) et traitée dans toute son amplitude par M. Laignel-Lavastine au Congrès des aliénistes et neurologistes de 1908 et plus tard dans une conférence à la Faculté en 1925.

Les psychoses thyroïdiennes peuvent s'observer dans des circonstances différentes. Il faut d'abord mentionner les accidents psychiques qui accompagnent l'hyperthyroïdie aiguë dans ses formes galopantes, dans lesquelles l'agitation, l'excitation, un délire onirique, coïncident avec une tachycardie extrême, un tremblement généralisé, un amaigrissement rapide. Un tel tableau se termine en général par la mort dans le coma.

Dans les psychoses à longue durée, il faut distinguer :

1° *Les psychoses observées au cours d'un syndrome de Basedow ;*

2° *Les psychoses primitives.*

1° Aspect clinique revêtu par les troubles psychiques au cours de la maladie de Basedow.

a) Variété euphorique. Ces malades se présentent pétulents, satisfaits, anormalement optimistes, comme certains maniaques. Ces malades refusent d'admettre qu'ils sont malades et se refusent à tout traitement. C'est une forme rare.

b) Les principales psychoses observées se présentent sous les types suivants :

Excitation maniaque, dépression mélancolique, psychose maniaque dépressive, syndrome psychasthénique (phobies et obsession), confusion mentale, délire paranoïaque avec idées de persécution, hallucinations auditives.

D'après les statistiques de Packard, il y avait une hérédité basedowienne certaine dans 82 cas observés par lui.

La coexistence des psychoses et d'hyperthyroïdie confirmée ont amené les auteurs à se demander quel est le rôle de l'hyperthyroïdie dans la provocation des psychoses. Philips découvre sur 200 cas étudiés, 24 cas d'élargissement du cou. Sur ce nombre 17 malades ont une psychose maniaque dépres-

sive ou évolutive, 4 sont des déments précoces, 3 des paranoïaques. Stavers observe 6 cas dans lesquels le trouble psychique est au premier plan et qui peuvent être considérés comme des hyperthyréoses psychiques ou encéphalopathies thyro-toxiques. Ces cas ont revêtu un type maniaque dépressif.

En ce qui concerne les goitreux, Cecil Joll cite 78 cas, tous observés chez des femmes, qui se résument dans le tableau suivant :

	Nombre des cas de goitres	TYPES	
		Toxiques	Non toxiques
Déficience mentale	2	0	2
Schizophrénie :			
a) démence précoce et paranoïaques . . .	20	4	16
b) paraphrénie	27	4	23
Manie dépressive :			
a) manie	4	0	4
b) mélancolie	12	4	8
Démence sénile	5	1	4
Epilepsie :			
a) idiopathique . . .	1	0	1
b) organique	1	0	1
Paralysie générale	5	0	5
Psychoses obsédantes . . .	1	0	1
Totaux.....	78	13	65

Il est à remarquer, que ce sont les goitres non toxiques qui donnent le plus grand nombre d'accident psychiques.

D. — OBSERVATIONS CLINIQUES

Observation N° 1 du service de M. le Professeur Laignel-Lavastine.

Mme B..., âgée de 68 ans entre dans le service le 25 avril 1938 pour goitre diffus, dur avec circulation veineuse très marquée.

On note chez la malade un amaigrissement de plusieurs kilos dans les derniers mois. Le pouls bat à 80. Cependant il n'y a pas d'exophtalmie. Le métabolisme de base n'a pas été fait.

Mme B... est originaire de l'Allier. Elle est la seule goitreuse de sa famille, mais autour d'elle il y a plusieurs goitres.

Ce qui domine chez la malade, c'est l'agitation marquée, nécessitant l'isolement : cette agitation est surtout intense la nuit d'où obligation de la mettre entre 2 planches. Mais quand on lui parle ou quand on fixe son attention, elle répond bien et d'une façon précise.

Elle présente par ailleurs une déformation thoracique avec circulation collatérale, une arythmie complète avec une tension artérielle à 17-9.

On ne trouve pas de signes pulmonaires ni hépatiques.

A l'examen neurologique on trouve des réflexes achilléens très vifs, un clonus du pied à droite et une ébauche de clonus à gauche. Pas de Babinski, pas de paralysie.

En somme ce qui est caractéristique chez cette malade qui est goitreuse, c'est l'agitation intense.

La malade meurt après 3 jours de séjour dans le service en pleine agitation avec défaillance cardiaque.

L'autopsie pratiquée dans le service le 30 avril 1938, révèle surtout un corps thyroïde très gros, qui pèse 315 grammes. Cet organe présente une calcification du lobe droit et un gros kyste hématique avec caillot blanc au centre du lobe gauche. Une coupe transversale pratiquée au-dessus du kyste hématique montre une sclérose annulaire renfermant par places de petits kystes d'aspect adénomateux.

Une autre coupe montre à la partie inférieure, 3 ordres de lésions :

- 1° Kystes colloïdes ;
- 2° Kystes calcifiés très durs ;
- 3° Tissu thyroïdien très scléreux entre ces kystes.

A l'examen microscopique on voit sur une coupe prélevée dans le lobe droit :

Une très grande diversité d'aspects : dans certaines plages les vésicules colloïdes, très grandes,

sont normales. Dans d'autres elles sont très petites avec colloïdes généralement percées d'un trou sous-central. Certaines de ces vésicules présentent une prolifération endothéliale, qui envoie dans la lumière des aspects en presqu'îles, qui par jonction fragmentent les vésicules en un semis de formation plus petites. Toutes les transitions existent ici. Des aspects acineux remplis par une goutte de colloïde acidophile et des plages scléreuses. Ces gouttes de colloïde acidophile sont presque tout ce qui reste des acini dégénérés.

Quant aux autres glandes nous ne mentionnons que l'hypophyse et les surrénales.

L'hypophyse est macroscopiquement normale.

Au microscope on note sur une coupe horizontale :

Au petit grossissement : le lobe nerveux normal, le lobe glandulaire apparaît scléreux dans les parties latérales.

Au plus fort grossissement : certains acinis distendus sont remplis de colloïde et, selon les plages, prédominent les cellules éosinophiles et chromophiles. Celles-ci paraissent dominer dans les régions scléreuses ; les éosinophiles en arrière, au voisinage du lobe nerveux.

Au très fort grossissement : quand on suit la frontière du lobe glandulaire et nerveux, on a l'impression d'une migration d'un nombre de cellules

basophiles dans le lobe nerveux où elles paraissent être résorbées.

Les surrénales, macroscopiquement normales.

Au microscope, au petit grossissement, l'organe se caractérise par des plages de décoloration dans la glomérulaire et la fasciculée, ces plages étant séparées par des bandes mieux colorées de la fasciculée.

Au moyen grossissement : les plages de décoloration glomérulo-fasciculaires paraissent liées à la périphérie par des enclaves de graisse. Les régions les mieux colorées paraissent au contraire être privées de ces enclaves lipo-phosphorées et même les travées de la fasciculée prennent en certains points un aspect nodulaire. La réticulée, au niveau de la médullaire, a des cellules fortement colorées par les colorants acides.

Observation N° 2 rapportée par M. le Professeur Laignel-Lavastine, (Annales médico-psychologiques, Tome I, N° 2, février 1938).

Mme F..., âgée de 51 ans, transférée le 31 janvier 1938 de l'Hôpital de Créteil au pavillon d'isolement de la Pitié en raison d'un état d'excitation psychomotrice.

Mme F..., ne tient pas en place dans sa chambre, se lève de son lit, déplace les objets, les meubles, se drape d'une façon bizarre. Sa physionomie est animée et joyeuse, elle chante, crie ou parle sans

arrêt ; elle raconte l'histoire de sa maladie d'un ton déclamatoire. Pleine d'assurance et même de sang-eêne se montre caustique, elle plaisante, rit bruyamment, mais s'irrite et pleure aussi vite. Sa mémoire est excellente. Il n'existe aucun trouble confusionnel ou psycho-sensoriel associé.

En résumé c'est le tableau typique d'un accès maniaque.

Dans les antécédents de Mme F... on ne relève aucune tare psychopathologique : parents bien portants, du côté collatéral rien à signaler. La malade était réglée à 13 ans, mariée à 22 ans, elle a fait 4 fausses couches.

En 1925, à l'âge de 38 ans ses règles s'arrêtent brusquement, elle se croit enceinte, on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine, mais l'intervention infirme cette hypothèse. Après l'opération les règles reviennent, mais peu abondantes. Vers cette époque commence à se développer un petit goitre.

A 42 ans la ménopause est complète et en quelques mois un syndrome de Basedow typique se constitue ; l'état général de Mme F... est médiocre et en 1934 elle fait une poussée tuberculeuse du poumon droit. Les troubles thyroïdiens sont allés en augmentant et depuis 1936 son mari constate une irritabilité et une émotivité qui contrastent avec son humour d'autrefois.

Depuis 1937 la malade a été traitée — d'ailleurs

régulièrement — par l'hématoéthyrôidine en comprimés.

Le 10 décembre 1937 elle entre à l'hôpital de Créteil très amaigrie, fébrile, présentant des signes de défaillance cardiaque. Elle reçoit une dose de XXIV gouttes de Lugol par jour pendant 20 jours. Le 16 janvier elle sort sur sa demande et cesse tout traitement. Quatre jours plus tard son mari la ramène à l'hôpital en raison de son état d'excitation. En quelques jours son état s'aggrave et nécessite son admission dans un service d'agités.

L'examen somatique de Mme F... révèle les symptômes typiques de la maladie de Basedow ; goitre très vasculaire, exophtalmie légère à prédominance droite, tremblement généralisé, le pouls bat autour de 110-120, la tension artérielle est à 18-11 ; au cœur on révèle des extra-systoles. La malade est très amaigrie, ne pèse que 45 kilos, sa température est au-dessous de 37°5. Sa langue est saburrale, le ventre ballonné.

A la base du poumon droit, la respiration est diminuée, la radiographie montre un développement anormal de l'ombre hilare droite. Pas de B. K. dans les crachats.

Les cheveux et les poils sont rares, les ongles cassants, les téguments secs. Pas de troubles pigmentaires. Pas de glycosurie, la glycémie est à 0,80 gr. par litre, le volume des urines est normal. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont négatives. L'hémogramme est sensiblement normal.

Observation N° 3 rapportée par les Docteurs I. Janiu, Bruneteau et Tamasescu dans les « Bulletins et Mémoires de la section d'endocrinologie de Roumanie ».

Mme I. T..., âgée de 38 ans, internée le 11 mai 1934, parce qu'elle présente des états d'excitation psycho motrice, qui troublent l'ordre public.

Dans les antécédents on ne trouve rien d'important, excepté deux fausses couches spontanées.

La maladie débute 3 semaines avant l'internement, par un état de tristesse profonde, malaise général, fatigue, céphalalgies frontales et orbitaires, insomnie. Les douleurs céphaliques étaient continues et tenaces. Après quelques jours la malade a commencé à présenter des états d'excitations psychomotrice, de l'incohérence, activité désordonnée, impulsivité.

A l'examen médical on constate : constitution physique asthénique, les téguments et les muqueuses pâles, le tissu cellulo adipeux réduit, le tissu musculaire et le tissu osseux normalement développés. On remarque les pommettes proéminentes, le prognatisme du maxillaire inférieur, les sourcils unis, les dents cariées, l'hypertrophie thyroïdienne, surtout le lobule droit, un ganglion cervical juxta-thyroïdien beaucoup augmenté de volume.

A l'examen des viscères on constate seulement

une accélération du rythme cardiaque. Le flux menstruel supprimé, hypovagotonie.

A l'examen psychique : à l'époque de l'internement la malade présente un état d'excitation psychomotrice général d'aspect maniacal, mais quelquefois confusionnel.

Après 10 mois on constate que l'état physique de la malade s'améliore beaucoup, mais l'état psychique reste presque le même, en présentant toujours l'excitation psychomotrice, l'incohérence et la confusion des idées, le désordre de l'activité et de la tenue. La maladie évolue vers la chronicité et cette évolution est marquée aussi par l'automatisation de son activité, par la stéréotypie des idées, des actes du langage.

Le 2 février 1935 la malade subit une thyroïdectomie sous-totale. On trouve un adénome thyroïdien polynucléaire.

Renvoyée après 8 jours à l'hôpital psychiatrique, la malade se trouve dans un état de dépression somato-psychique. Après un mois, son état s'améliore, elle devient tranquille, travaille dans le jardin et au champ. Elle est polie, aimable, mange d'une manière acceptable, dort bien et dans cet état elle est libérée à la demande de sa famille .

E. — THÉRAPEUTIQUE

Une des meilleures preuves du rôle de l'hyperthyroïdie dans le déterminisme des psychoses serait l'amélioration de certaines d'entre elles par le traitement de l'hyperthyroïdie.

A l'heure actuelle l'intervention chirurgicale sous forme de thyroïdectomie sub-totale s'est révélée comme le traitement de choix des grandes psychoses chez les hyperthyroïdiens. Ainsi que le démontre l'exemple de notre observation N° 3, le résultat peut être entièrement satisfaisant.

Les petits accidents psychiques des basedowiens sont cependant justiciables du traitement médical et radiothérapique, qui donnent de très bons résultats.

Il nous faut donc envisager surtout ce mode de traitement chirurgical dont l'intérêt est capital.

Il s'agit en effet d'une opération simple, facile, rapide, bénigne et efficace.

Il faut cependant remarquer que la thyroïdectomie subtotale, qui est une merveilleuse intervention dans le traitement des véritables hyperthyroïdies, où elle fait disparaître les accidents confusionnels, n'agit pas de la même façon chez les névropathes et psychopathes pseudo-basedowiens. Au contraire, les résultats de la thyroïdectomie sont le plus

souvent décevants et on peut même observer quelquefois une aggravation de la psychose.

D'autre part, il ne faut pas oublier qu'il existe un certain nombre d'observations de psychoses post-opératoires (là où elles n'existaient pas avant l'intervention). Il y a même des chirurgiens comme Cecil Joll qui pensent « qu'il n'est jamais justifiable d'opérer un malade atteint de délire thyrotoxique et qui est sans repos, excitable et loquace. Repos, sac de glace, sédatif doivent être employés. »

Cependant, ce même auteur dans trois cas de goitre toxique a obtenu une amélioration d'une psychose dépressive, mais n'a pas obtenu de guérison.

La raison de l'aggravation des accidents psychiques après thyroïdectomie *totale* chez les psychopathes pseudo-basedowiens est encore obscure. Mais il ne semble pas que le traumatisme chirurgical soit uniquement en cause.

D'ailleurs ces psychoses post-opératoires ne sont pas toujours comparables à celles qui peuvent survenir à la suite d'une intervention chirurgicale banale. Elles paraissent plutôt tenir aux modifications sympathiques importantes survenues dans la sphère céphalique après l'intervention.

En effet, la thyroïdectomie a pour conséquence l'abaissement du métabolisme basal avec élévation du taux de cholestérol sanguin, d'où ralentissement des échanges nutritifs, qui affecte le tissu encéphalique (comme tous les autres tissus), ce qui n'est pas bien toléré par les psychopathes.

Les psychoses récemment observées à la suite des thyroïdectomies totales chez des cardiaques non basedowiens sont la preuve du danger de cette méthode et une raison de la condamner et de lui préférer systématiquement les résections subtotaales et partielles. Ces thyroïdectomies, ne donnent en effet, pas lieu à des séquelles regrettables au point de vue biologique. Le métabolisme basal et la cholestérinémie restent peu modifiés après l'intervention, alors qu'après la thyroïdectomie totale, le métabolisme descend très au-dessous de la normale et que la cholestérinémie s'élève considérablement.

En conclusion, la thyroïdectomie subtotale, qui ménage une quantité suffisante de tissu thyroïdien bien innervé et bien vascularisé est une intervention excellente dans le traitement des véritables hyperthyroïdies avec psychose. La disparition des troubles psychiques contribue à donner à la guérison un aspect qui impressionne toujours les malades et leur entourage.

Par contre, dans les faux syndromes mentaux, d'apparence basedowienne, l'intervention ne saurait donner les mêmes résultats satisfaisants, d'où l'importance au point de vue thérapeutique de différencier ces syndromes des véritables hyperthyroïdies.

F. — CONCLUSIONS

I. On peut rencontrer dans le goitre exophtalmique une série de perturbations psychiques que l'on pourrait englober sous le titre de basedowisme mental.

II. Ces perturbations se traduisent soit par de simples états pré-confusionnels, soit dans l'ordre de gravité, par des bouffées délirantes, des accès maniaques, des psychoses.

III. Les réactions émotives ou d'excitation sont généralement en rapport avec l'état d'hyper-émotivité des malades.

IV. L'examen psychique en complétant l'examen somatique doit poser les indications d'une intervention.

V. La thyroïdectomie subtotale à l'exclusion d'opothérapie mono ou polyvalente, de la radiothérapie, est l'intervention de choix parce que simple, facile, rapide, bénigne et efficace, surtout dans le cas de psychose au cours d'un Basedow typique.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président,*
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

G. BIBLIOGRAPHIE

Laignel-Lavastine, Escalier H. M., Gallot H. Mignot.

— Accès maniaque au cours d'une maladie de Basedow. (Sté médico-psychologique, séance du 10 février 1938, in *Ann. Médico-Psychologiques*, T.I. N° 2, février 1938).

P. Cossa, P. Sassi. — Les formes psychiques pures et prévalentes de l'hyperthyroïdie. (*Presse Médicale*, N° 26, 30 mars 1938, p. 493).

H. Welti, H. Baruk, Y. Mathey. — Diagnostic des troubles psychiques basedowiens et des faux syndromes mentaux d'apparence thyroïdienne. Importance du problème au point de vue chirurgical. (*Presse Médicale* 46.1036.1038, juin 29, 1938.)

J. Bram. — Exophthalmic goiter and psychosis (*J. nerv. and neur. dis.* 86, 152.161, aug. 1937).

Bremond et J. Reboul, Lachaux. — Goitre exophthalmique et folie basedowienne. (Soc. d'oto-neurologie du Sud-Est, Séance régionale de Nice, séance du 17 décemb. 1933, in *Revue d'O.N.O.*, N° 4, avril 1934).

- F. Chotzen.* — Traitement de la psychose basedowienne par la diiodotyrosine (Psychiatr. Neur. Woch. 1933, Analyse der Endokrinologie, Band 14, Heft 4. 1934. Ann. de thérapeutique biol. 1934, 15 déc.).
- E. Coelho.* — Etude d'un cas de tétanie parathyroïdienne avec graves troubles mentaux (Progrès Médical, p. 497-501, mars 1932).
- J. H. Ewen.* — Case of psychosis with hyperthyroidism treated by ergotamine (Lancet, 1.342. fév. 13. 1932).
- E. Feldman.* — Psychosen bei Morbus Basedow und ihre Beeinflussung durch chirurgische Behandlung (Psychiat.neurol. Wochensch. 33.195.198, April 25. 1931).
- J. H. Friedmann, N. Kanzer.* — Thyrotoxicosis and psychosis. Clinico neuropathologie observations in case (J. nerv. and ment. dis. 85.30.35, janv. 1937).
- M. et T. Cahane.* — Recherches sur les hormones hypophysaires dans certaines psychoses (Ann. médico-psychologiques, mars 1938. 319).
- P. Sainton.* — Les psychoses des thyroïdiens (La semaine des Hôpitaux de Paris, 1^{er} juillet 1937, N° 13, 13^e année, p. 346).
- M. Schachter.* — Syndrome confusif schisophrénoïde passager chez une hyperthyroïdienne (Journal de Méd. de Paris, 57.773.774, Oct.21, 1937).

Somogyi et Bak. — Sur les psychoses dans la maladie de Basedow (Orvosi Hetilap, 31 juillet 1937, p. 790).

Von Storkert. — Troubles nerveux dans la maladie de Basedow (Medizinische Klinik, 17 sept. 1937, p. 1256).

J. Krotoski. — Complications encéphalopathiques dans la maladie de Basedow (Klin. Wochenschrift 14. 7. 1934, in Presse Médicale, 23. 1. 1935).

